

Міністерство освіти і науки України  
Сумський державний університет

## **Міжнародна стратегія економічного розвитку регіону**

## **Международная стратегия экономического развития региона**

## **International Strategy of Region Economic Development**

Матеріали  
IV Міжнародної науково-практичної конференції  
(Суми, Україна, 3–5 вересня 2013 року)



Суми  
Сумський державний університет  
2013

соціального партнерства дав можливість виокремити два основних способи, за допомогою яких можна узгодити інтереси учасників соціально-трудових відносин. Перший – це революційний шлях, коли знищується приватна власність на засоби виробництва і запроваджується державне управління підприємствами. Другий – це погодження інтересів власників і найманих робітників, не виключаючи можливість задіяння посередників (держави, громадські організації, профспілки).

Марксистська школа підтримувала перший спосіб, оскільки її представники вважали, що інтереси двох основних класів є непримиренними і їх можна задовольнити лише шляхом зміни суспільного ладу.

Представники класичної школи (Ш. Фур'є (1772–1837), А. Сен-Сімон (1760–1825), Р. Оуен (1771–1858)) зазначали про необхідність конструктивного діалогу та співробітництва між працею та капіталом. А Джон Стюарт Міль (1806–1873) визначив, що існують альтернативні шляхи узгодження інтересів: об'єднання працівників з власниками капіталу або об'єднання працівників між собою.

А. Маршал (1842–1924) наголошував на необхідності та обов'язковості співробітництва між працею та капіталом, оскільки вони не можуть існувати один без одного. Займалися проблемами налагодження соціального партнерства і такі відомі економісти, як Вільгельм Репке (1899–1966), Альфред Мюллер-Армак (1901–1978) і Людвіг Ерхард (1897–1977). Вони розробили концепцію соціального ринкового господарства, яка ґрунтується на поєднанні конкуренції, економічної свободи підприємств і активної політики держави у сфері перерозподілу доходів.

Таким чином, вивчення історії становлення партнерських відносин дає можливість розглянути дане явище в його розвитку, у зв'язку з іншими факторами соціально-економічного та політичного життя, дозволить проаналізувати наслідки історичного досвіду впровадження даних відносин та визначити найбільш оптимальні форми, методи та принципи побудови моделі соціального партнерства в Україні.

## **РЕФОРМУВАННЯ ФІНАНСОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ**

**Ілляшенко Т.О., доц., Захарченко С.І.**  
*Сумський державний університет, Україна*

В системі охорони здоров'я однією з головних проблем є нестача коштів, які забезпечують її функціонування. У суспільстві сформовано три альтернативні моделі організації та фінансового забезпечення охорони здоров'я: бюджетна, страхова та приватна. Спільним для цих моделей є те, що вони використовують багатоджерельний механізм фінансового забезпечення з метою залучення всіх можливих фінансових ресурсів.

В Україні діє бюджетна модель охорони здоров'я (основна частина фінансування виділяється загалом із державного (14-28%) та місцевого (71-85%) бюджетів). Останнім часом спостерігається стійке зростання бюджетного фінансування сфери медичного обслуговування. Державні витрати з 2002 по 2011 рік зросли більш ніж у 6 разів і досягли 3,4% ВВП. За цей же період частка заробітної плати лікарів і медперсоналу в загальній структурі витрат зросла з 59% до 70%, а витрати на закупівлю медикаментів знизилися з 14% до 11%, близько 8% витрат припадає на сплату комунальних послуг.

Протягом останніх десятиліть в Україні спостерігається негативна динаміка таких показників людського капіталу, як тривалість життя, захворюваність та рівень смертності. Також присутній від'ємний приріст населення.

Можна зробити висновок, що наявне бюджетне фінансування є недостатньо ефективним, а тому постає питання про залучення додаткових коштів для забезпечення населення України гарантованою медичною допомогою.

Такими додатковими джерелами, відомими в інших країнах можуть стати добровільне медичне страхування та благодійництво. Благодійництво та спонсорство є інвестиціями у сферу охорону здоров'я України. Крім того, є можливість додаткового фінансування галузі за рахунок коштів проектів міжнародної допомоги. А саме:

- “Покращання репродуктивного здоров'я в Україні, 2006–2015 рр.”  
вартістю 9750 тис. дол.;
- “Фінансування та управління охороною здоров'я, 2003–2006 рр.”  
вартістю 3195 тис. дол.;
- “Профілактика та первинні заходи охорони здоров'я, 2002–2005 рр.”  
вартістю 3417 тис. дол.

Але останнім часом значна частина іноземних благодійних організацій стали більше приділяти уваги фінансуванню країн третього світу, а не Україні.

На сьогодні в Україні локальна благодійна та спонсорська допомога (на рівні окремих населених пунктів, закладів охорони здоров'я тощо) має тенденцію до зниження, що обумовлене необґрунтованим та нецільовим використанням наданих коштів. Загалом в Україні частка приватних витрат у фінансуванні сфери охорони здоров'я є найбільшою порівняно з іншими країнами і становить 3% від ВВП. До цієї частки входять видатки населення на придбання лікарських засобів і виробів медичного призначення, видатки лікарняних кас, видатки на приватну медицину, фінансування Світового банку й Глобального фонду боротьби з туберкульозом, ВІЛ/СНІДом та малярією, на 0,1 – 0,2% ВВП забезпечують фонди допомоги хворим, діяльність яких управляється та фінансується неурядовими організаціями та благодійними фондами. Україна має несприятливий профіль стосовно

неофіційних платежів у сфері охорони здоров'я серед інших країн Центральної та Східної Європи.

Тому для більш ефективного використання ресурсів зміни та докорінної перебудови потребує сама структура організації медичної галузі. Існування неофіційних платежів за медичне обслуговування як у розвинених країнах, так і в Україні, викликає загрозу для реформування сфери охорони здоров'я, заважає офіційним системам оплати медичних послуг і погіршує доступ до медичного обслуговування. Особливо гострою ця проблема є у тих країнах (для прикладу пострадянські країни), де заробітна плата медичних працівників залишається традиційно низькою. Медичні працівники переживали економічні труднощі за рахунок неофіційних платежів. Проте це призводило до відмови у наданні медичних послуг тим категоріям населення, які були неплатоспроможними чи з хронічними захворюваннями.

Для України є доцільним впровадження зарубіжного досвіду фінансування сфери медицини, щоб мати змогу перейти до трансформації галузі, зробити її більш якісною та продуктивною. Необхідним для цього є формування ефективної системи фінансування охорони здоров'я. Найприйнятнішою для України є бюджетно-страхова модель. В цій моделі джерелами фінансування виступають бюджет та фонд соціально-медичного страхування.

## **СТРАТЕГІЯ ФІНАНСУВАННЯ РЕГІОНАЛЬНОГО РОЗВИТКУ В ЄВРОСОЮЗІ**

**Макаренко М. І.**, д-р. екон. наук, проф.

*ДВНЗ «Українська академія банківської справи НБУ», Україна*

Фінансування економічного розвитку регіонів з бюджету співтовариства є важливим аспектом європейської інтеграції, вагомим чинником визначення поточної політики Європейського Союзу.

На неоднаковий рівень та нерівномірну динаміку розвитку регіонів зверталась увага ще на етапі становлення ЄС. Проте від 50-х до середини 70-х років XX століття країни ЄС здебільшого орієнтувалися на рівність регіонів у ресурсному, у тому числі й фінансовому забезпеченні. І лише з поглибленням кризи 1973-1975 рр. та загостренням проблеми безробіття актуалізувалося завдання щодо забезпечення економічного зростання через розвиток конкурентних умов господарювання та зниження безробіття.

Сьогодні в межах структурної та регіональної політики ЄС відзначено 6 основних програмних завдань, серед яких 4 стосуються регіонального розвитку:

- сприяння розвитку і структурному вирівнюванню відсталих регіонів;
- трансформація регіонів, що страждають від спаду виробництва;
- стимулювання розвитку і структурного вирівнювання сільських